

2023

Resumen de beneficios

Blue Medicare Advantage Classic (HMO) – Condados de Maricopa y Pinal
Blue Medicare Advantage Classic (HMO) – Condados de Maricopa y Pinal
BluePathwaySM Plan 1 (HMO) – Condado de Maricopa
PinalBluePathwaySM Plan 2 (HMO) – Condado de Maricopa



Un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association

Lista de verificación para la preinscripción de 2023

Antes de que tome la decisión de inscribirse, es importante que comprenda por completo nuestros beneficios y normas. Si tiene alguna pregunta, puede llamar y hablar con un consultor de Medicare con licencia al **1-888-274-0367, TTY: 711**.

Comprensión de los beneficios

- La Evidencia de Cobertura(EOC) le proporciona una lista completa de toda la cobertura y los servicios. Es importante revisar la cobertura, los costos y los beneficios del plan antes de inscribirse. Visite **azblue.com/medicare** o llame al **480-937-0409** (en Arizona) o al número gratuito **1-800-446-8331, TTY: 711** para ver una copia de la EOC.
- Revise el Directorio de proveedores (o consulte con su médico) para verificar si los médicos a los que ahora consulta se encuentran en la red de servicios. Si no figuran en la lista, significa que probablemente tendrá que seleccionar uno nuevo.
- Consulte el Directorio de farmacias para asegurarse de que la farmacia que le proporciona sus medicamentos con receta esté en la red. Si la farmacia no se encuentra en la lista, es probable que deba elegir una nueva farmacia para obtener sus medicamentos con receta.
- Consulte el formulario para asegurarse de que sus medicamentos estén cubiertos.

Comprensión de las normas importantes

- Además de su prima mensual del plan (si corresponde), debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare. Esta prima generalmente se deduce de su cheque del Seguro Social cada mes.
- Los beneficios, las primas o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2024.
- Salvo en situaciones de emergencia o urgencia, no cubrimos los servicios proporcionados por proveedores fuera de la red (médicos que no figuran en el Directorio de proveedores).

Resumen de beneficios

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2023

Este es un resumen de los servicios de salud y medicamentos cubiertos por Blue Cross® Blue Shield® of Arizona (BCBSAZ) y BCBSAZ Advantage.

BCBSAZ y BCBSAZ Advantage son planes HMO que tienen un contrato con Medicare. La inscripción en los planes BCBSAZ y BCBSAZ Advantage depende de la renovación del contrato.

La información sobre los beneficios que se proporciona en este folleto es un resumen de lo que cubrimos y lo que usted paga. No incluye todos los servicios cubiertos ni todas las limitaciones o exclusiones. Para obtener una lista completa de los servicios que cubrimos, llámenos y solicite la "Evidencia de cobertura", o puede verla en nuestro sitio web en azblue.com/medicare.

Lo que debe saber sobre BCBSAZ



Horario de atención

- Del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.
- Del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.



Números de teléfono y sitio web de BCBSAZ

- Si es miembro de este plan, llame al **480-937-0409** (en Arizona) o al número gratuito **1-800-446-8331**, TTY: **711**.
- Si no es miembro de este plan, llame al número gratuito **1-888-274-0367**, TTY: **711**.
- Nuestro sitio web: **azblue.com/medicare**



¿Quién puede inscribirse?

Para inscribirse en BCBSAZ, debe tener cobertura de la Parte A y de la Parte B de Medicare y vivir en nuestra área de servicio.

- **Blue Medicare Advantage Classic (HMO) (H0302-006)** está disponible en los condados de Maricopa y Pinal
- **Blue Medicare Advantage Classic (HMO) (H0302-001)** está disponible en los condados de Maricopa y Pinal
- **BluePathway Plan 1 (HMO) (H6936-006)** está disponible en el condado de Maricopa
- **BluePathway Plan 2 (HMO) (H6936-003)** está disponible en el condado de Maricopa

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo utilizar?



Su plan **Blue Medicare Advantage** o **BluePathway plan** es un plan de la Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO). Los miembros inscritos en planes HMO deben recibir atención médica de médicos, hospitales y otros proveedores dentro de la red de BCBSAZ. Si visita proveedores o centros que no pertenecen a nuestra red, es posible que el plan no pague por estos servicios.

BCBSAZ también tiene una amplia red de farmacias para surtir sus recetas de medicamentos cubiertos de la Parte D. En general, usted debe utilizar estas farmacias de la red.

- Puede ver el Directorio de proveedores/farmacias de nuestro plan en nuestro sitio web: **[azblue.com/medicare](https://www.azblue.com/medicare)**.
- O bien, llámenos y le enviaremos una copia del Directorio de proveedores y farmacias.



¿Qué cubrimos?

Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original y más.

- **Los miembros de nuestro plan obtienen *todos* los beneficios cubiertos por Original Medicare. Es posible que pague más en nuestro plan que en Original Medicare por alguno de estos beneficios. Por otros, es posible que pague menos.**
- **Los miembros de nuestro plan también *obtienen más beneficios de los que cubre* Original Medicare. En este folleto se describen algunos de los beneficios adicionales.**

Cubrimos los medicamentos de la Parte D. Además, cubrimos medicamentos de la Parte B, como quimioterapia y algunos medicamentos suministrados por su proveedor.

- Puede ver el formulario completo del plan (lista de medicamentos con receta de la Parte D) y cualquier restricción en nuestro sitio web: **azblue.com/medicare.**
- O bien, llámenos y le enviaremos una copia del formulario.



¿Cómo puedo determinar los costos de mis medicamentos?

Nuestro plan agrupa los medicamentos en seis “niveles”. Deberá usar su formulario para ubicar en qué nivel se encuentra su medicamento para determinar cuánto le costará. El monto que paga depende del nivel en el que se encuentre el medicamento y de la etapa del beneficio que usted haya alcanzado. Más adelante en este documento analizamos las etapas de beneficio que existen: Deducible anual (si corresponde), Cobertura inicial, Período sin cobertura y Cobertura catastrófica.

Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual vigente *Medicare & You 2023 (Medicare y usted 2023)*.

Consúltelo en línea en **medicare.gov** o solicite una copia llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas al día, 7 días de la semana.

Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Si usted ya es miembro y tiene preguntas, comuníquese con el Departamento de Servicio al Cliente al **480-937-0409** (en Arizona) o al número gratuito **1-800-446-8331, TTY: 711**. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre; y los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo.

Resumen de beneficios Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2023

Primas y beneficios	Blue Medicare Advantage Classic (HMO) H0302-006	Blue Medicare Advantage Plus (HMO) H0302-001
	Condados de Maricopa y Pinal	
Prima mensual del plan Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare.	\$0 por mes	\$51 por mes
Deducible (médico)	\$0	\$0
Responsabilidad máxima de gastos de bolsillo Por los servicios que recibe de proveedores dentro de la red. Si alcanza el límite de gastos de bolsillo, seguirá recibiendo servicios médicos y hospitalarios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare y nosotros pagaremos el costo total durante el resto del año. Recuerde: Debe pagar sus primas mensuales y costos compartidos por sus medicamentos con receta de la Parte D. Los medicamentos de la Parte D no cuentan para el cálculo del monto máximo de gastos de bolsillo.	\$2,900 por año	\$2,500 por año
Cobertura hospitalaria para pacientes internados Puede requerir autorización previa. Pueden aplicarse límites.	Copago de \$250 por día por los días 1 a 6	Copago de \$225 por día por los días 1 a 6
Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios Centro hospitalario para pacientes ambulatorios para cirugía u otros procedimientos (p. ej., endoscopia y cateterismo cardíaco) Puede requerir autorización previa.	Copago de \$250 por visita Copago de \$250 por visita por servicios de observación ambulatorios	Copago de \$200 por visita Copago de \$225 por visita para servicios de observación ambulatorios
Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC) Para cirugías u otros procedimientos como endoscopia, cateterismo cardíaco, etc. Es posible que se requiera autorización previa.	Copago de \$200	Copago de \$150
Las visitas médicas y visitas al médico especialista pueden requerir una remisión de su PCP. Es posible que se requiera autorización previa.	Visita al proveedor de atención primaria (PCP): copago de \$0 Visita al médico especialista: copago de \$35	Visita al proveedor de atención primaria (PCP): copago de \$0 Visita al médico especialista: copago de \$25

Primas y beneficios	Blue Medicare Advantage Classic (HMO) H0302-006	Blue Medicare Advantage Plus (HMO) H0302-001
	Condados de Maricopa y Pinal	
<p>Atención preventiva Nuestro plan cubre muchos servicios preventivos, incluidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de detección de aneurisma aórtico abdominal • Asesoramiento sobre el abuso de alcohol • Medición de la masa ósea • Exámenes de detección de cáncer de mama (mamografía) • Enfermedad cardiovascular (terapia conductual) • Exámenes de detección de enfermedades cardiovasculares • Exámenes de detección de cáncer de cuello uterino y de vagina • Exámenes de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, prueba de sangre oculta en heces, sigmoidoscopia flexible) • Exámenes de detección de depresión • Exámenes de detección de diabetes • Exámenes de detección de HIV • Servicios de terapia de nutrición médica • Exámenes de detección de obesidad y asesoramiento • Exámenes de detección de cáncer de próstata (PSA) • Exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento • Asesoramiento para dejar de consumir tabaco (asesoramiento para personas sin signos de enfermedades relacionadas con el tabaco) • Vacunas, incluidas vacunas contra la gripe, vacunas contra la hepatitis B, vacunas contra el neumococo y vacunas contra el COVID-19 • Visita preventiva "Bienvenido a Medicare" (una sola vez) • Visita anual de bienestar <p>Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato estará cubierto.</p>	Usted no paga nada	Usted no paga nada
<p>Atención de emergencia (Dentro de Estados Unidos y sus territorios)</p> <p>Tenga en cuenta: Si es admitido en el hospital en el transcurso del mismo día con la misma afección, no tiene que pagar su parte del costo de la atención de emergencia.</p>	Copago de \$125	Copago de \$125

Primas y beneficios	Blue Medicare Advantage Classic (HMO) H0302-006	Blue Medicare Advantage Plus (HMO) H0302-001
	Condados de Maricopa y Pinal	
Atención de emergencia (en todo el mundo)	Sala de emergencias: copago de \$120 Transporte de emergencia: copago de \$120 Límite combinado de por vida de \$30,000 para atención de emergencia y urgencia en todo el mundo	Sala de emergencias: copago de \$100 Transporte de emergencia: copago de \$100 Límite combinado de por vida de \$60,000 para atención de emergencia y urgencia en todo el mundo
Atención de urgencia (Dentro de Estados Unidos y sus territorios) Recuerde: Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y no puede recibir atención de un proveedor de la red, el plan cubrirá los servicios de atención de urgencia brindados en un centro de atención de urgencia.	Copago de \$35	Copago de \$25
Atención de urgencia (en todo el mundo)	Copago de \$120 (Límite combinado de \$30,000)	Copago de \$100 (Límite combinado de \$60,000)
Servicios de diagnóstico, laboratorios e imágenes Consulte la sección Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios para obtener más información sobre servicios adicionales y detalles de la cobertura. Los costos pueden variar según el lugar donde reciba el servicio. Es posible que se requiera autorización previa.	Pruebas y procedimientos de diagnóstico: copago desde \$0 hasta \$75 o coseguro desde 0 % hasta 20 % , según el servicio Servicios de laboratorio: copago de \$0 , según el servicio Radiografía con o sin contraste (p. ej., tórax, aortograma, PIV, BE): copago de \$20	Pruebas y procedimientos de diagnóstico: copago desde \$0 hasta \$75 o coseguro desde 0 % hasta 20 % , según el servicio Servicios de laboratorio: copago de \$0 , según el servicio Radiografía con o sin contraste (p. ej., tórax, aortograma, PIV, BE): copago de \$10

Primas y beneficios	Blue Medicare Advantage Classic (HMO) H0302-006	Blue Medicare Advantage Plus (HMO) H0302-001
Condados de Maricopa y Pinal		
<p>Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios</p> <p>Pueden requerir una remisión de su PCP. Es posible que se requiera autorización previa.</p>	<p>Evaluación del manejo del dolor (solo evaluación y control): copago de \$35</p> <p>Tratamiento para el manejo del dolor (p. ej., epidurales, analgésicos e inyecciones): copago de \$75 por tratamiento</p> <p>Radioterapia: Coseguro de 20 %</p> <p>Electrocardiograma (ECG): Coseguro de 0 %</p>	<p>Evaluación del manejo del dolor (solo evaluación y control): copago de \$25</p> <p>Tratamiento para el manejo del dolor (p. ej., epidurales, analgésicos e inyecciones): copago de \$75 por tratamiento</p> <p>Radioterapia: Coseguro de 20 %</p> <p>Electrocardiograma (ECG): Coseguro de 0 %</p>
<p>Servicios de audición (Cubierto por Medicare)</p> <p>Examen de audición realizado por un PCP o un especialista de la red para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio. Es posible que se requiera autorización previa.</p>	<p>Copago de \$25</p>	<p>Copago de \$25</p>
<p>Servicios de audición (No cubierto por Medicare)</p> <p>Los servicios están cubiertos a través de los proveedores de TruHearing®. Incluye ajuste de audífonos y evaluación. Limitado a los audífonos Advanced (\$699) y Premium (\$999) de TruHearing.</p>	<p>Examen de audición: copago de \$0 Hasta dos audífonos TruHearing por año (uno por oído por año). Incluye actualización a audífono recargable gratuita.</p>	<p>Examen de audición: copago de \$0 Hasta dos audífonos TruHearing por año (uno por oído por año). Incluye actualización a audífono recargable gratuita.</p>

Primas y beneficios	Blue Medicare Advantage Classic (HMO) H0302-006	Blue Medicare Advantage Plus (HMO) H0302-001
Condados de Maricopa y Pinal		
<p>Servicios dentales (Cubierto por Medicare)</p> <p>Servicios dentales que son parte integral de un procedimiento cubierto (p. ej., reconstrucción de la mandíbula luego de una lesión accidental) o extracciones realizadas en preparación para el tratamiento de radiación para una enfermedad neoplásica que involucre la mandíbula.</p> <p>Exámenes bucales, pero no tratamiento, antes de un trasplante de riñón o un reemplazo de válvula cardíaca bajo ciertas circunstancias.</p>	Coseguro de 20 %	Coseguro de 20 %

Primas y beneficios	Blue Medicare Advantage Classic (HMO) H0302-006	Blue Medicare Advantage Plus (HMO) H0302-001
Condados de Maricopa y Pinal		
Servicios dentales (No cubiertos por Medicare)	<p>Copago de \$10 por visita al consultorio</p> <p>Beneficio máximo de \$2,000 por año calendario para todos los servicios.</p> <p>Preventivo: copago de \$0</p> <ul style="list-style-type: none"> • dos exámenes bucales por año • dos limpiezas por año • dos radiografías de aleta de mordida por año <p>Básico: Coseguro de 50 %</p> <ul style="list-style-type: none"> • empastes • tratamiento de emergencia para el dolor dental • extracciones simples <p>Principal: Coseguro de 50 %</p> <ul style="list-style-type: none"> • Puentes, prótesis dentales • Coronas, inlays/onlays • Límite de sustitución de 7 años 	<p>Copago de \$10 por visita al consultorio</p> <p>Beneficio máximo de \$3,000 por año calendario para todos los servicios.</p> <p>Preventivo: copago de \$0</p> <ul style="list-style-type: none"> • dos exámenes bucales por año • dos limpiezas por año • dos radiografías de aleta de mordida por año <p>Básico: Coseguro de 50 %</p> <ul style="list-style-type: none"> • empastes • tratamiento de emergencia para el dolor dental • extracciones simples <p>Principal: Coseguro de 50 %</p> <ul style="list-style-type: none"> • Puentes, prótesis dentales • Coronas, inlays/onlays • Implantes • Límite de sustitución de 7 años

Primas y beneficios	Blue Medicare Advantage Classic (HMO) H0302-006	Blue Medicare Advantage Plus (HMO) H0302-001
	Condados de Maricopa y Pinal	
Atención de la vista (Cubierto por Medicare)	Exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oftalmológicas: copago de \$35 Evaluación anual de glaucoma y retinopatía diabética: copago de \$0 Anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas: coseguro de 20 %	Exámenes para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones oftalmológicas: copago de \$25 Evaluación anual de glaucoma y retinopatía diabética: copago de \$0 Anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas: Coseguro de 20 %
Atención de la vista (No cubierto por medicare) Servicios de la vista de rutina incluido el examen oftalmológico no médico a través de proveedores de Davis Vision® sin ninguna afección o síntoma médico y con el fin de revisar la visión y/o actualizar las recetas de anteojos o lentes de contacto.	Copago de \$0 Cobertura de anteojos: asignación anual de \$200 para una única compra a través de proveedores de Davis Vision	Copago de \$0 Cobertura de anteojos: asignación anual de \$200 para una única compra a través de proveedores de Davis Vision
Servicios de salud mental	Visita de paciente internado en hospital psiquiátrico: Copago de \$250 por día por los días 1 a 6 Visita de terapia individual o grupal para pacientes ambulatorios: copago de \$35	Visita de paciente internado en hospital psiquiátrico: Copago de \$225 por día por los días 1 a 6 Visita de terapia grupal o individual para pacientes ambulatorios: copago de \$25
Centro de atención de enfermería especializada (SNF) Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF por cada período de beneficios. Es posible que se requiera autorización previa.	Copago de \$0 por día por los días 1 a 20 Copago de \$196 por día por los días 21 a 40 Copago de \$0 por día por los días 41 a 100	Copago de \$0 por día por los días 1 a 20 Copago de \$196 por día por los días 21 a 40 Copago de \$0 por día por los días 41 a 100

Primas y beneficios	Blue Medicare Advantage Classic (HMO) H0302-006	Blue Medicare Advantage Plus (HMO) H0302-001
	Condados de Maricopa y Pinal	
<p>Fisioterapia Los servicios de fisioterapia se brindan en varios entornos ambulatorios. Un copago por fecha de servicio, por tipo de terapia. Puede requerir una remisión de su PCP.</p>	Copago de \$20	Copago de \$10
<p>Ambulancia Se requiere autorización previa para transporte en ambulancia que no sea de emergencia.</p>	<p>Ambulancia terrestre: copago de \$275 por transporte de ida</p> <p>Transporte de emergencia en ambulancia aérea y acuática: Coseguro de 20 % por transporte de ida o de vuelta</p>	<p>Ambulancia terrestre: copago de \$275 por transporte de ida</p> <p>Transporte de emergencia en ambulancia aérea y acuática: Coseguro de 20 % por transporte de ida o de vuelta</p>
Transporte	No está cubierto	No está cubierto
<p>Medicamentos de la Parte B de Medicare Se puede aplicar un copago de consultorio por separado si se prestan otros servicios en el momento de la visita.</p> <p>En algunos casos, el plan exige que usted primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección antes de que cubramos otro medicamento para tal afección. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, el plan podría no cubrir el medicamento B a menos que usted primero pruebe el medicamento A. Si el medicamento A no surte efecto, entonces el plan cubrirá el medicamento B.</p> <p>Este requisito se denomina "terapia escalonada".</p> <p>Ciertos medicamentos requieren autorización previa.</p>	<p>Medicamentos para quimioterapia: Coseguro de 20 %</p> <p>Medicamentos de la parte B: Coseguro de 20 %</p>	<p>Medicamentos para quimioterapia: Coseguro de 20 %</p> <p>Medicamentos de la parte B: Coseguro de 20 %</p>
<p>Servicios de acupuntura (Cubierto por Medicare) Tratamiento para el dolor lumbar crónico Debe utilizar proveedores participantes de American Specialty Health® (ASH). Es posible que se requiera autorización previa.</p>	Copago de \$30	Copago de \$30

Primas y beneficios	Blue Medicare Advantage Classic (HMO) H0302-006	Blue Medicare Advantage Plus (HMO) H0302-001
	Condados de Maricopa y Pinal	
<p>Servicios de acupuntura (No cubierto por Medicare)</p> <p>El plan cubre atención de rutina de quiropraxia, acupuntura y masajes terapéuticos por año.</p>	Copago de \$15 por 30 visitas combinadas	Copago de \$15 por 30 visitas combinadas
<p>Examen físico anual</p> <p>Un examen por año. Por lo general, incluye pruebas como: control de los signos vitales; medición de altura, peso y presión arterial; e inspección del cuerpo.</p>	Copago de \$0	Copago de \$0
<p>Servicios quiroprácticos (Cubiertos por Medicare)</p> <p>Manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación (cuando uno o más de los huesos de la columna se salen de posición).</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>	Copago de \$20	Copago de \$20
<p>Servicios quiroprácticos (No cubiertos por Medicare)</p> <p>El plan cubre la atención de rutina de quiropraxia, acupuntura y masajes terapéuticos por año.</p>	Copago de \$15 por 30 visitas combinadas	Copago de \$15 por 30 visitas combinadas
<p>Cuidado de los pies (Servicios de podiatría) (cubierto por Medicare)</p> <p>Exámenes y tratamiento de los pies si tiene daño nervioso relacionado con la diabetes y/o cumple con ciertas condiciones.</p> <p>El cuidado de los pies de rutina (no cubierto por Medicare) no está cubierto.</p>	Copago de \$35	Copago de \$25

Primas y beneficios	Blue Medicare Advantage Classic (HMO) H0302-006	Blue Medicare Advantage Plus (HMO) H0302-001
Condados de Maricopa y Pinal		
<p>Comidas</p> <p>El Plan puede proporcionar catorce (14) comidas por alta calificada de una estadía autorizada en un hospital para pacientes internados, un centro de enfermería especializada o un centro de rehabilitación cuando lo disponga el personal del Plan.</p> <p>Los tipos de comidas incluyen bienestar general, baja en sodio, apta para el corazón, apta para diabéticos, apta para problemas renales, sin gluten, vegetariana, para personas con cáncer y en puré.</p>	<p>La entrega a domicilio incluye una sola entrega de (14) comidas frescas refrigeradas por un proveedor designado. Suficiente para dos semanas.</p>	<p>La entrega a domicilio incluye una sola entrega de (14) comidas frescas refrigeradas por un proveedor designado. Suficiente para dos semanas.</p>
<p>Suministros / equipos médicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipo médico duradero <ul style="list-style-type: none"> - sillas de ruedas, muletas, cama de hospital, bomba de insulina, bomba de infusión intravenosa, equipo de oxígeno, nebulizador, andador, calzado o plantillas terapéuticos • Dispositivos protésicos <ul style="list-style-type: none"> - aparatos ortopédicos, prótesis • Suministros para la diabetes <p>Se puede aplicar un copago por visita al consultorio por separado si se prestan otros servicios en el momento de la visita.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>	<p>Equipo médico duradero médicamente necesario cubierto por Original Medicare: Coseguro de 20 %</p> <p>Dispositivos protésicos: coseguro de 20 %</p> <p>Suministros para el control de la diabetes cubiertos por Medicare del fabricante preferido (Abbott): copago de \$0 por suministros y coseguro de 20 % por dispositivos de control continuo de la glucosa en sangre</p> <p>Suministros para el control de la diabetes cubiertos por Medicare de fabricantes no preferidos: coseguro de 20 %</p> <p>Todos los demás suministros para la diabetes cubiertos por Medicare: coseguro de 20 %</p>	<p>Equipo médico duradero médicamente necesario cubierto por Original Medicare: Coseguro de 20 %</p> <p>Dispositivos protésicos: coseguro de 20 %</p> <p>Suministros para el control de la diabetes cubiertos por Medicare del fabricante preferido (Abbott): copago de \$0 por suministros y coseguro de 20 % por dispositivos de control continuo de la glucosa en sangre</p> <p>Suministros para el control de la diabetes cubiertos por Medicare de fabricantes no preferidos: coseguro de 20 %</p> <p>Todos los demás suministros para la diabetes cubiertos por Medicare: coseguro de 20 %</p>

Primas y beneficios	Blue Medicare Advantage Classic (HMO) H0302-006	Blue Medicare Advantage Plus (HMO) H0302-001
Condados de Maricopa y Pinal		
<p>Productos de venta libre (OTC) Asignación de beneficios flexibles trimestrales (enero, abril, julio, octubre) en una tarjeta prepagada para ayudarlo a cubrir los gastos de bolsillo en productos relacionados con la salud.</p> <p>Los dólares de beneficios se pueden gastar en las tiendas minoristas participantes. Visite su portal MyBenefits en azblue.com/NationsBenefits para obtener información adicional y la ubicación de las tiendas. Los dólares de beneficios no utilizados caducarán al final de cada trimestre.</p> <p>Este beneficio no reemplaza sus beneficios independientes actuales y está diseñado para ayudar a compensar los gastos de bolsillo. Este beneficio flexible es solo para su uso personal, no puede ser vendido ni transferido y no tiene valor monetario. Debe activar su tarjeta antes de usar sus beneficios. Para activar su tarjeta, vaya a azblue.com/NationsBenefits/activate.</p>	Asignación de \$50 por trimestre	Asignación de \$50 por trimestre
<p>Servicios de rehabilitación Los servicios de terapia ocupacional y terapia de rehabilitación del habla y del lenguaje para pacientes ambulatorios se brindan en varios entornos ambulatorios.</p> <p>La rehabilitación cardíaca incluye ejercicio, educación y asesoramiento para miembros que cumplan con ciertas condiciones y tengan una orden médica. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca y pulmonar que suelen ser más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p> <p>Puede requerir una remisión de su PCP. Es posible que se requiera autorización previa.</p>	<p>Copago por tipo de servicio:</p> <p>Rehabilitación cardíaca: copago de \$35</p> <p>Rehabilitación pulmonar: copago de \$20</p> <p>Terapia ocupacional: copago de \$20</p> <p>Terapia del habla y del lenguaje: copago de \$20</p>	<p>Copago por tipo de servicio:</p> <p>Rehabilitación cardíaca: copago de \$20</p> <p>Rehabilitación pulmonar: copago de \$20</p> <p>Terapia ocupacional: copago de \$10</p> <p>Terapia del habla y del lenguaje: copago de \$10</p>

Primas y beneficios	Blue Medicare Advantage Classic (HMO) H0302-006	Blue Medicare Advantage Plus (HMO) H0302-001
Condados de Maricopa y Pinal		
<p>Programas de acondicionamiento físico El programa Silver&Fit® tiene Something for Everyone®. El Programa de envejecimiento saludable y activo ofrece lo siguiente sin costo para usted:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planes de entrenamiento: Reciba un plan de entrenamiento personalizado respondiendo algunas preguntas en línea. • Entrenamientos virtuales: Vea videos bajo demanda a través del sitio web y la biblioteca de entrenamientos virtuales de la aplicación móvil, incluidas las clases Silver&Fit Signature Series Classes®. • Membresía del centro de acondicionamiento físico: Visite los centros de acondicionamiento físico participantes o los YMCA cercanos a usted que participan en el programa.* • Kits de acondicionamiento físico en el hogar: Reciba un kit de acondicionamiento físico en el hogar por año de beneficios de una variedad de categorías de acondicionamiento físico. • Club de bienestar: Visite SilverandFit.com para establecer sus preferencias sobre temas de bienestar y ver recursos (incluido Social Clubs**) adaptados a sus intereses y objetivos de hábitos saludables. • Coaching para el envejecimiento saludable: Participe en sesiones telefónicas con un entrenador capacitado para abordar temas como el ejercicio, la nutrición, el aislamiento social y la salud del cerebro. • Haga un seguimiento de su actividad con la herramienta Silver&Fit Connected!™ También gane recompensas por alcanzar nuevos hitos de actividad. <p>* Los servicios de membresía no estándar que exigen cargos adicionales no forman parte del programa Silver&Fit y no serán reembolsados. **ASH Fitness no tiene afiliación, interés, no respalda ni patrocina a ninguna de las organizaciones o clubes. Algunos clubes pueden requerir una tarifa para unirse. Dichas tarifas no forman parte de los programas Silver&Fit y ASH Fitness no los reembolsará. El programa Silver&Fit es proporcionado por American Specialty Health Fitness, Inc., subsidiaria de American Specialty Health Incorporated (ASH). Pueden aplicarse limitaciones y restricciones. Los centros y cadenas de acondicionamiento físico participantes pueden variar según la ubicación y están sujetos a cambios. Los kits y las recompensas están sujetos a cambios.</p>	<p>Usted no paga nada*</p>	<p>Usted no paga nada*</p>

Resumen de beneficios Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2023

Primas y beneficios	BluePathway Plan 1 (HMO) H6936-006	BluePathway Plan 2 (HMO) H6936-003
	Condado de Maricopa	
Prima mensual del plan Debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare.	\$0 por mes	\$0 por mes
Deducible (médico)	\$0	\$0
Responsabilidad máxima de gastos de bolsillo Si alcanza el límite de gastos de bolsillo, seguirá recibiendo servicios médicos y hospitalarios cubiertos y nosotros pagaremos el costo total durante el resto del año. Recuerde: Debe pagar sus primas mensuales y costos compartidos por sus medicamentos con receta de la Parte D. Los medicamentos de la Parte D no cuentan para el cálculo del monto máximo de gastos de bolsillo.	\$2,900 por año	\$2,900 por año
Cobertura para pacientes hospitalizados Es posible que se requiera autorización previa.	Copago de \$175 por día por los días 1 a 5	Copago de \$200 por día por los días 1 a 6
Cobertura hospitalaria para pacientes ambulatorios Centro hospitalario para pacientes ambulatorios para cirugía u otros procedimientos (p. ej., endoscopia y cateterismo cardíaco) Es posible que se requiera autorización previa.	Copago de \$225 por visita Copago de \$225 por visita para servicios de observación ambulatorios	Copago de \$200 por visita Copago de \$200 por visita para servicios de observación ambulatorios
Centro de Cirugía Ambulatoria (ASC) Para cirugías u otros procedimientos como endoscopia, cateterismo cardíaco, etc. Es posible que se requiera autorización previa.	Copago de \$125	Copago de \$150
Las visitas médicas y visitas al médico especialista pueden requerir una remisión de su PCP.	Visita al proveedor de atención primaria (PCP): copago de \$0 Visita al médico especialista: copago de \$20	Visita al proveedor de atención primaria (PCP): copago de \$0 Visita al médico especialista: copago de \$35

Primas y beneficios	BluePathway Plan 1 (HMO) H6936-006	BluePathway Plan 2 (HMO) H6936-003
Condado de Maricopa		
<p>Atención preventiva Nuestro plan cubre muchos servicios preventivos, incluidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de detección de aneurisma aórtico abdominal • Asesoramiento sobre el abuso de alcohol • Medición de la masa ósea • Exámenes de detección de cáncer de mama (mamografía) • Enfermedad cardiovascular (terapia conductual) • Exámenes de detección de enfermedades cardiovasculares • Exámenes de detección de cáncer de cuello uterino y de vagina • Exámenes de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, prueba de sangre oculta en heces, sigmoidoscopia flexible) • Exámenes de detección de depresión • Exámenes de detección de diabetes • Exámenes de detección de HIV • Servicios de terapia de nutrición médica • Exámenes de detección de obesidad y asesoramiento • Exámenes de detección de cáncer de próstata (PSA) • Exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento • Asesoramiento para dejar de consumir tabaco (asesoramiento para personas sin signos de enfermedades relacionadas con el tabaco) • Vacunas, incluidas vacunas contra la gripe, vacunas contra la hepatitis B, vacunas contra el neumococo y vacunas contra el COVID-19 • Visita preventiva “Bienvenido a Medicare” (una sola vez) • Visita anual de bienestar <p>Cualquier servicio preventivo adicional aprobado por Medicare durante el año del contrato estará cubierto.</p>	<p>Usted no paga nada</p>	<p>Usted no paga nada</p>
<p>Atención de emergencia (Dentro de Estados Unidos y sus territorios) Recuerde: Si es admitido en el hospital en el transcurso del mismo día con la misma afección, no tiene que pagar su parte del costo de la atención de emergencia.</p>	<p>Copago de \$125</p>	<p>Copago de \$125</p>

Primas y beneficios	BluePathway Plan 1 (HMO) H6936-006	BluePathway Plan 2 (HMO) H6936-003
Condado de Maricopa		
<p>Atención de urgencia (Dentro de Estados Unidos y sus territorios)</p> <p>Tenga en cuenta: Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y no puede recibir atención de un proveedor de la red, el plan cubrirá los servicios de atención de urgencia brindados en un centro de atención de urgencia.</p>	Copago de \$20	Copago de \$35
<p>Servicios de diagnóstico, laboratorios e imágenes</p> <p>Consulte la sección Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios para obtener más información sobre servicios adicionales y detalles de la cobertura.</p> <p>Los costos pueden variar según el lugar donde reciba el servicio.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>	<p>Pruebas y procedimientos de diagnóstico: copago de \$0 a \$75 o coseguro de 20 %, según el servicio</p> <p>Servicios de laboratorio: copago de \$0, según el servicio</p> <p>Radiografía con o sin contraste (p. ej., tórax, aortograma, PIV, BE): copago de \$0</p>	<p>Pruebas y procedimientos de diagnóstico: copago de \$0 a \$75 o coseguro de 20 %, según el servicio</p> <p>Servicios de laboratorio: copago de \$0, según el servicio</p> <p>Radiografía con o sin contraste (p. ej., tórax, aortograma, PIV, BE): copago de \$10</p>
<p>Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios</p> <p>Pueden requerir una remisión de su PCP.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>	<p>Evaluación del manejo del dolor (solo evaluación y manejo): copago de \$20 por visita</p> <p>Tratamiento para el manejo del dolor (p. ej., epidurales, analgésicos e inyecciones): copago de \$75 por tratamiento</p> <p>Radioterapia: coseguro de 20 %</p> <p>Electrocardiograma (ECG): Coseguro de 0 %</p>	<p>Evaluación del manejo del dolor (solo evaluación y manejo): copago de \$35 por visita</p> <p>Tratamiento para el manejo del dolor (p. ej., epidurales, analgésicos e inyecciones): copago de \$75 por tratamiento</p> <p>Radioterapia: coseguro de 20 %</p> <p>Electrocardiograma (ECG): Coseguro de 0 %</p>

Primas y beneficios	BluePathway Plan 1 (HMO) H6936-006	BluePathway Plan 2 (HMO) H6936-003
Condado de Maricopa		
<p>Servicios de audición (Cubiertos por Medicare)</p> <p>Examen de audición realizado por un PCP o un especialista de la red para diagnosticar y tratar problemas de equilibrio y audición.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>	Copago de \$25	Copago de \$25
<p>Servicios de audición (No cubiertos por Medicare)</p> <p>Los servicios están cubiertos a través de los proveedores de TruHearing. Incluye ajuste de audífonos y evaluación. Opción de actualización a audífono recargable incluida.</p>	<p>Examen de audición: copago de \$0 Limitado a los audífonos Advanced (\$699) y Premium (\$999) de TruHearing.</p> <p>Hasta dos audífonos TruHearing por año (uno por oído por año).</p>	<p>Examen de audición: copago de \$0 Limitado a los audífonos Advanced (\$699) y Premium (\$999) de TruHearing.</p> <p>Hasta dos audífonos TruHearing por año (uno por oído por año).</p>
<p>Servicios dentales (Cubiertos por Medicare)</p> <p>Medicare pagará:</p> <p>Servicios dentales que son parte integral de un procedimiento cubierto (p. ej., reconstrucción de la mandíbula luego de una lesión accidental) o para extracciones realizadas en preparación para un tratamiento de radiación por enfermedad neoplásica que involucra la mandíbula.</p> <p>Exámenes bucales, pero no tratamiento, antes de un trasplante de riñón o un reemplazo de válvula cardíaca bajo ciertas circunstancias.</p>	Coseguro de 20 %	Coseguro de 20 %

Primas y beneficios	BluePathway Plan 1 (HMO) H6936-006	BluePathway Plan 2 (HMO) H6936-003
Condado de Maricopa		
Servicios dentales (No cubiertos por Medicare)	No está cubierto	Copago de \$10 por visita al consultorio Beneficio máximo de \$2,000 por año calendario para todos los servicios Preventivo: copago de \$0 <ul style="list-style-type: none"> • dos exámenes bucales por año • dos limpiezas por año • dos radiografías de aleta de mordida por año Básico: Coseguro de 50 % <ul style="list-style-type: none"> • empastes • tratamiento de emergencia para el dolor dental • extracciones simples Principal: Coseguro de 50 % <ul style="list-style-type: none"> • Puentes, prótesis dentales • Coronas, inlays/onlays • Límite de sustitución de 7 años
Atención de la vista (cubierto por Medicare)	Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista: copago de \$20 Evaluación anual de glaucoma y retinopatía diabética: copago de \$0 Anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas: coseguro de 20 %	Examen para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista: copago de \$35 Evaluación anual de glaucoma y retinopatía diabética: copago de \$0 Anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas: coseguro de 20 %

Primas y beneficios	BluePathway Plan 1 (HMO) H6936-006	BluePathway Plan 2 (HMO) H6936-003
	Condado de Maricopa	
<p>Atención de la vista (No cubierto por Medicare)</p> <p>Servicios de la vista de rutina incluido el examen oftalmológico de rutina no médico a través de proveedores de Davis Vision® sin ninguna afección o síntoma médico y con el fin de revisar la visión, detectar enfermedades oftalmológicas y/o actualizar las recetas de anteojos o lentes de contacto.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Cobertura de anteojos: asignación anual de \$200 para una única compra a través de proveedores de Davis Vision.</p>	<p>Copago de \$0</p> <p>Cobertura de anteojos: asignación anual de \$200 para una única compra a través de proveedores de Davis Vision.</p>
<p>Servicios de salud mental</p>	<p>Visita de paciente internado en hospital psiquiátrico: Copago de \$175 por día por los días 1 a 5</p> <p>Visita de terapia individual o grupal para pacientes ambulatorios: Copago de \$20</p>	<p>Visita de paciente internado en hospital psiquiátrico: Copago de \$200 por día por los días 1 a 6</p> <p>Visita de terapia individual o grupal para pacientes ambulatorios: copago de \$35</p>
<p>Centro de atención de enfermería especializada (SNF)</p> <p>Nuestro plan cubre hasta 100 días en un SNF por cada período de beneficios. Es posible que se requiera autorización previa.</p>	<p>Copago de \$0 por día por los días 1 a 20</p> <p>Copago de \$196 por día por los días 21 a 40</p> <p>Copago de \$0 por día por los días 41 a 100</p>	<p>Copago de \$0 por día por los días 1 a 20</p> <p>Copago de \$196 por día por los días 21 a 40</p> <p>Copago de \$0 por día por los días 41 a 100</p>
<p>Fisioterapia</p> <p>Los servicios de fisioterapia se brindan en varios entornos ambulatorios. Un copago por fecha de servicio, por tipo de terapia. Es posible que requiera una remisión. Es posible que se requiera autorización previa.</p>	<p>Copago de \$10</p>	<p>Copago de \$10</p>
<p>Ambulancia</p> <p>Se requiere autorización previa para transporte en ambulancia que no sea de emergencia.</p>	<p>Ambulancia terrestre: copago de \$275 por transporte de ida</p> <p>Transporte de emergencia en ambulancia aérea y acuática: coseguro de 20 % por transporte de ida o de vuelta</p>	<p>Ambulancia terrestre: copago de \$275 por transporte de ida</p> <p>Transporte de emergencia en ambulancia aérea y acuática: coseguro de 20 % por transporte de ida o de vuelta</p>
<p>Transporte</p>	<p>No está cubierto</p>	<p>No está cubierto</p>

Primas y beneficios	BluePathway Plan 1 (HMO) H6936-006	BluePathway Plan 2 (HMO) H6936-003
	Condado de Maricopa	
<p>Medicamentos de la Parte B de Medicare</p> <p>Se puede aplicar un copago de consultorio por separado si se prestan otros servicios en el momento de la visita.</p> <p>En algunos casos, el plan exige que usted primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección antes de que cubramos otro medicamento para tal afección. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, el plan podría no cubrir el medicamento B a menos que usted primero pruebe el medicamento A. Si el medicamento A no surte efecto, entonces el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito se denomina "tratamiento escalonado".</p> <p>Ciertos medicamentos requieren autorización previa.</p>	<p>Medicamentos para quimioterapia: Coseguro de 20 %</p> <p>Medicamentos de la parte B: Coseguro de 20 %</p>	<p>Medicamentos para quimioterapia: Coseguro de 20 %</p> <p>Medicamentos de la parte B: Coseguro de 20 %</p>
<p>Servicios de acupuntura (Cubiertos por Medicare)</p> <p>Tratamiento para el dolor lumbar crónico. Debe utilizar proveedores participantes de American Specialty Health® (ASH).</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>	<p>Copago de \$30</p>	<p>Copago de \$30</p>
<p>Servicios de acupuntura (No cubiertos por Medicare)</p> <p>El plan cubre atención de rutina de quiropraxia, acupuntura y masajes terapéuticos por año. Debe utilizar proveedores de acupuntura de American Specialty Health (ASH).</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>	<p>Copago de \$30 por 20 visitas combinadas</p>	<p>Copago de \$15 por 30 visitas combinadas</p>
<p>Examen físico anual</p> <p>Un examen por año. Por lo general, incluye pruebas como: control de los signos vitales; medición de altura, peso y presión arterial; e inspección del cuerpo.</p>	<p>Copago de \$0</p>	<p>Copago de \$0</p>

Primas y beneficios	BluePathway Plan 1 (HMO) H6936-006	BluePathway Plan 2 (HMO) H6936-003
Condado de Maricopa		
<p>Servicios quiroprácticos (Cubiertos por Medicare)</p> <p>Manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación (cuando uno o más de los huesos de la columna se salen de posición).</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>	<p>Copago de \$20</p>	<p>Copago de \$20</p>
<p>Servicios quiroprácticos (No cubiertos por Medicare)</p> <p>El plan cubre la atención de rutina de quiropraxia, acupuntura y masajes terapéuticos cada año. Debe utilizar proveedores quiroprácticos de American Specialty Health (ASH).</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>	<p>Copago de \$30 por 20 visitas combinadas</p>	<p>Copago de \$15 por 30 visitas combinadas</p>
<p>Cuidado de los pies (servicios de podiatría) (Cubierto por Medicare)</p> <p>Exámenes y tratamiento de los pies si tiene daño nervioso relacionado con la diabetes y/o cumple con ciertas condiciones.</p> <p>El cuidado de los pies de rutina (no cubierto por Medicare) no está cubierto.</p>	<p>Copago de \$20</p>	<p>Copago de \$35</p>
<p>Comidas</p> <p>El Plan puede proporcionar catorce (14) comidas por alta calificada de una estadía autorizada en un hospital para pacientes internados, un centro de enfermería especializada o un centro de rehabilitación cuando lo disponga el personal del Plan.</p> <p>Los tipos de comidas incluyen bienestar general, baja en sodio, apta para el corazón, apta para diabéticos, apta para problemas renales, sin gluten, vegetariana, para personas con cáncer y en puré.</p>	<p>La entrega a domicilio incluye una sola entrega de (14) comidas frescas refrigeradas por un proveedor designado. Suficiente para dos semanas.</p>	<p>La entrega a domicilio incluye una sola entrega de (14) comidas frescas refrigeradas por un proveedor designado. Suficiente para dos semanas.</p>

Primas y beneficios	BluePathway Plan 1 (HMO) H6936-006	BluePathway Plan 2 (HMO) H6936-003
Condado de Maricopa		
<p>Suministros / equipos médicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipo médico duradero <ul style="list-style-type: none"> - sillas de ruedas, muletas, cama de hospital, bomba de insulina, bomba de infusión IV, equipo de oxígeno, nebulizador, andador, calzado o plantillas terapéuticos • Dispositivos protésicos <ul style="list-style-type: none"> - aparatos ortopédicos, prótesis • Suministros para la diabetes <p>Se puede aplicar un copago por visita al consultorio por separado si se prestan otros servicios en el momento de la visita.</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>	<p>Equipo médico duradero médicamente necesario cubierto por Original Medicare: coseguro de 20 %</p> <p>Dispositivos protésicos: coseguro de 20 %</p> <p>Suministros para el control de la diabetes cubiertos por Medicare del fabricante preferido (Abbott): copago de \$0 por suministros y coseguro de 20 % por dispositivos de control continuo de la glucosa en sangre</p> <p>Suministros para el control de la diabetes cubiertos por Medicare de fabricantes no preferidos: coseguro de 20 %</p> <p>Todos los demás suministros para la diabetes cubiertos por Medicare: coseguro de 20 %</p>	<p>Equipo médico duradero médicamente necesario cubierto por Original Medicare: Coseguro de 20 %</p> <p>Dispositivos protésicos: coseguro de 20 %</p> <p>Suministros para el control de la diabetes cubiertos por Medicare del fabricante preferido (Abbott): copago de \$0 por suministros y coseguro de 20 % por dispositivos de control continuo de la glucosa en sangre</p> <p>Suministros para el control de la diabetes cubiertos por Medicare de fabricantes no preferidos: coseguro de 20 %</p> <p>Todos los demás suministros para la diabetes cubiertos por Medicare: coseguro de 20 %</p>

Primas y beneficios	BluePathway Plan 1 (HMO) H6936-006	BluePathway Plan 2 (HMO) H6936-003
Condado de Maricopa		
<p>Productos de venta libre (OTC)</p> <p>Asignación de beneficios flexibles trimestrales (enero, abril, julio, octubre) en una tarjeta prepagada para ayudarlo a cubrir los gastos de bolsillo en productos relacionados con la salud. Los dólares de beneficios se pueden gastar en las tiendas minoristas participantes. Visite su portal MyBenefits en azblue.com/NationsBenefits para obtener información adicional y la ubicación de las tiendas. Los dólares de beneficios no utilizados caducarán al final de cada trimestre.</p> <p>Este beneficio no reemplaza sus beneficios independientes actuales y está diseñado para ayudar a compensar los gastos de bolsillo. Este beneficio flexible es solo para su uso personal, no puede ser vendido ni transferido y no tiene valor monetario. Debe activar su tarjeta antes de usar sus beneficios. Para activar su tarjeta, vaya a azblue.com/NationsBenefits/activate.</p>	<p>Asignación de \$45 por trimestre</p>	<p>Asignación de \$50 por trimestre</p>
<p>Servicios de rehabilitación</p> <p>Los servicios de terapia ocupacional y terapia de rehabilitación del habla y del lenguaje para pacientes ambulatorios se brindan en varios entornos ambulatorios. La rehabilitación cardíaca incluye ejercicio, educación y asesoramiento para miembros que cumplan con ciertas condiciones y tengan una orden médica. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca y pulmonar que suelen ser más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p> <p>Es posible que requiera una remisión. Es posible que se requiera autorización previa.</p>	<p>Copago por tipo de servicio:</p> <p>Rehabilitación cardíaca: copago de \$20</p> <p>Rehabilitación pulmonar: copago de \$20</p> <p>Terapia ocupacional: copago de \$10</p> <p>Terapia del habla y el lenguaje: copago de \$10</p>	<p>Copago por tipo de servicio:</p> <p>Rehabilitación cardíaca: copago de \$30</p> <p>Rehabilitación pulmonar: copago de \$20</p> <p>Terapia ocupacional: copago de \$10</p> <p>Terapia del habla y del lenguaje: copago de \$10</p>

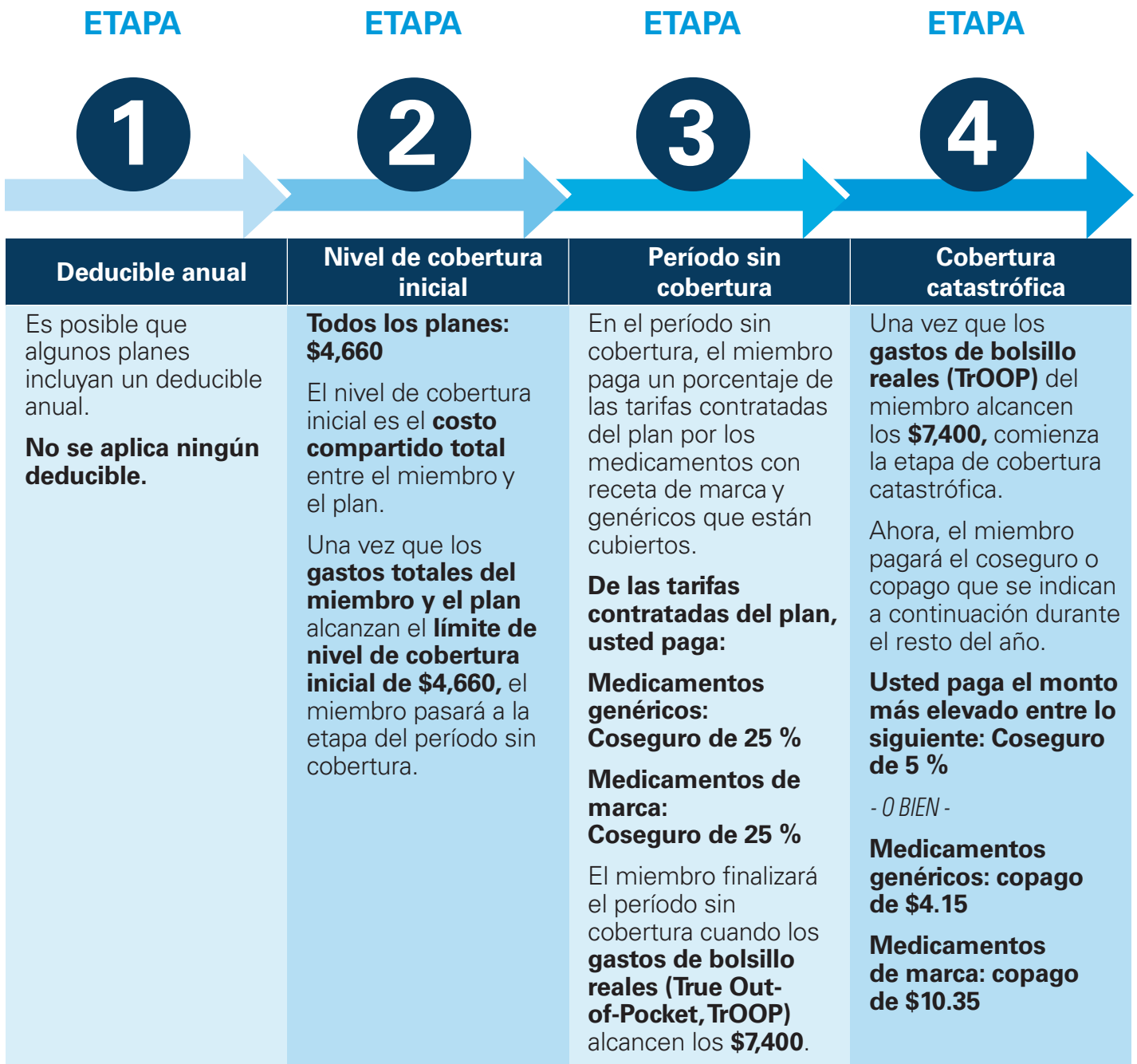
Primas y beneficios	BluePathway Plan 1 (HMO) H6936-006	BluePathway Plan 2 (HMO) H6936-003
Condado de Maricopa		
<p>Servicios de masajes terapéuticos (No cubiertos por Medicare)</p> <p>El plan cubre atención de rutina de quiropraxia, acupuntura y masajes terapéuticos por año. Debe utilizar un proveedor de masajes terapéuticos de American Specialty Health (ASH).</p> <p>Es posible que se requiera autorización previa.</p>	<p>Copago de \$30 por 20 visitas combinadas</p>	<p>Copago de \$15 por 30 visitas combinadas</p>
<p>Programas de acondicionamiento físico</p> <p>El programa Silver&Fit® tiene Something for Everyone®. El Programa de envejecimiento saludable y activo ofrece lo siguiente sin costo para usted:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planes de entrenamiento: Reciba un plan de entrenamiento personalizado respondiendo algunas preguntas en línea. • Entrenamientos virtuales: Vea videos bajo demanda a través del sitio web y la biblioteca de entrenamientos virtuales de la aplicación móvil, incluidas las clases Silver&Fit Signature Series Classes®. • Membresía del centro de acondicionamiento físico: Visite los centros de acondicionamiento físico participantes o los YMCA cercanos a usted que participan en el programa.* • Kits de acondicionamiento físico en el hogar: Reciba un kit de acondicionamiento físico en el hogar por año de beneficios de una variedad de categorías de acondicionamiento físico. • Club de bienestar: Visite SilverandFit.com para establecer sus preferencias sobre temas de bienestar y ver recursos (incluido Social Clubs**) adaptados a sus intereses y objetivos de hábitos saludables. 	<p>Usted no paga nada*</p>	<p>Usted no paga nada*</p>

Primas y beneficios	BluePathway Plan 1 (HMO) H6936-006	BluePathway Plan 2 (HMO) H6936-003
Condado de Maricopa		
<p>Programas de acondicionamiento físico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coaching para el envejecimiento saludable: Participe en sesiones telefónicas con un entrenador capacitado para abordar temas como el ejercicio, la nutrición, el aislamiento social y la salud del cerebro. • Haga un seguimiento de su actividad con la herramienta Silver&Fit Connected!™. También gane recompensas por alcanzar nuevos hitos de actividad. <p>*Los servicios de membresía no estándar que exigen cargos adicionales no forman parte del programa Silver&Fit y no serán reembolsados.</p> <p>**ASH Fitness no tiene afiliación, interés, no respalda ni patrocina a ninguna de las organizaciones o clubes. Algunos clubes pueden requerir una tarifa para unirse. Dichas tarifas no forman parte de los programas Silver&Fit y ASH Fitness no los reembolsará. El programa Silver&Fit es proporcionado por American Specialty Health Fitness, Inc., subsidiaria de American Specialty Health Incorporated (ASH). Pueden aplicarse limitaciones y restricciones. Los centros y cadenas de acondicionamiento físico participantes pueden variar según la ubicación y están sujetos a cambios. Los kits y las recompensas están sujetos a cambios.</p>	Usted no paga nada*	Usted no paga nada*

Beneficios de medicamentos con receta

El beneficio de medicamentos con receta de la Parte D cuenta con **cuatro etapas de cobertura**, como se indica a continuación. En cada etapa, usted y el plan pagan una parte diferente por sus costos de medicamentos con receta.

Es posible que el costo compartido cambie cuando ingrese a otra etapa del beneficio de cobertura de medicamentos con receta de la Parte D. Para obtener más información, puede comunicarse con BCBSAZ al **1-888-274-0367, TTY: 711**, El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre; y los 7 días de la semana desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo.



Los costos TrOOP son los gastos de bolsillo (copago, coseguro y deducibles) que pagan el miembro u otras personas en nombre del miembro durante las Etapas 1, 2 y 3. Estos costos cuentan para el límite anual de gastos de bolsillo de \$7,400 del plan de medicamentos de Medicare del miembro. El TrOOP no incluye las primas que pagan el miembro o el plan.

Si un medicamento recetado no está incluido en la lista actual de Medicamentos cubiertos (Formulario) o "Lista de Medicamentos", el proceso para solicitar una excepción para un medicamento se analiza en el Capítulo 9, Sección 6.2 de la Evidencia de Cobertura (EOC):

"Si un medicamento no está cubierto de la manera que desearía, puede solicitarnos que hagamos una "excepción". Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. Al igual que en otros tipos de decisiones de cobertura, si rechazamos su solicitud de excepción, puede apelar nuestra decisión. Cuando solicite una excepción, su médico u otro profesional que receta medicamentos deberán explicar las razones médicas por las que necesita que aprobemos la excepción. Luego, evaluaremos su solicitud.

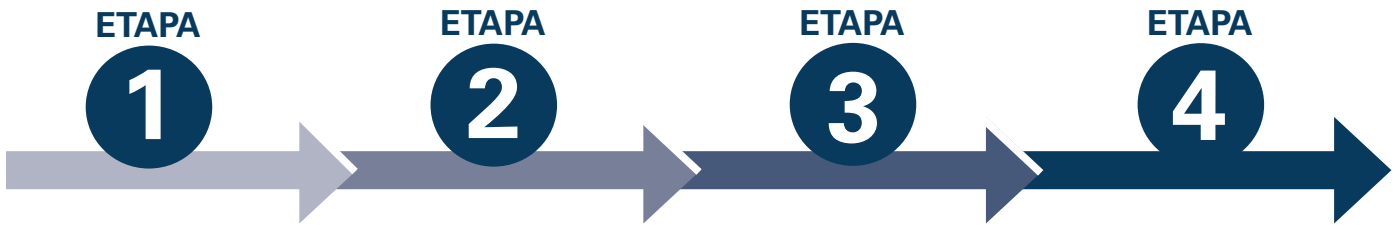
En caso de que aceptemos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no figura en la Lista de Medicamentos, usted deberá pagar el monto de costos compartidos que se aplica a los medicamentos en el Nivel 4. No podrá solicitar una excepción al monto del copago o coseguro que debe pagar por el medicamento."

Lo que usted paga como miembro de este plan

Condado de Maricopa y Pinal

Prima mensual de \$0

Blue Medicare Advantage Classic (HMO) (H0302-006)



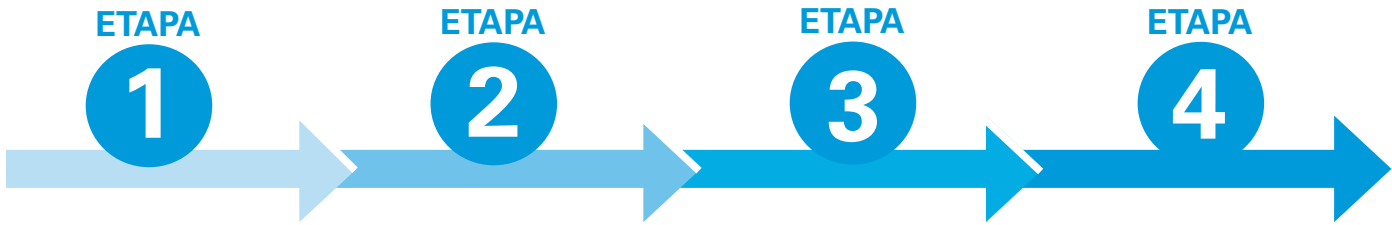
Etapa de deducible anual	Etapa de cobertura inicial Hasta \$4,660 gastados en medicamentos cubiertos, según el costo total compartido entre usted y el plan		Etapa del período sin cobertura Esta etapa comienza cuando el costo compartido total de los medicamentos alcance \$4,660	Etapa de cobertura catastrófica Esta etapa comienza cuando sus gastos de bolsillo totales por medicamentos alcancen los \$7,400
	Suministro para 30 días	Suministro para días adicionales (Venta minorista o pedido por correo)		
Como no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.				
Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	\$0	\$0 (suministro para 100 días)	Medicamentos genéricos: 25 %	Usted paga el coseguro de 5 % más elevado:
Nivel 2: medicamentos genéricos	\$9	\$9 (suministro para 100 días)	Marcas 25 %	- O BIEN -
Nivel 3: medicamentos de marca preferidos	\$47	\$141		Medicamentos genéricos \$4.15
Nivel 4: medicamentos de marca no preferidos	\$100	\$300		Medicamentos de marca \$10.35
Nivel 5: medicamentos especiales	33 %	No se ofrece		
Nivel 6: vacunas de la Parte D	\$0	\$0		

Lo que usted paga como miembro de este plan

Condado de Maricopa y Pinal

Prima mensual de \$51

Blue Medicare Advantage Plus (HMO) (H0302-001)



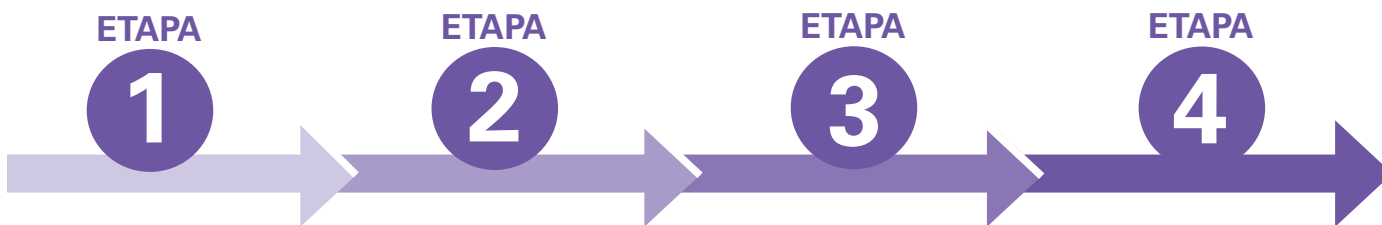
Etapa de deducible anual	Etapa de cobertura inicial		Etapa del período sin cobertura	Etapa de cobertura catastrófica
	Suministro para 30 días	Suministro para días adicionales (Venta minorista o pedido por correo)		
Como no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	Hasta \$4,660 gastados en medicamentos cubiertos, según el costo total compartido entre usted y el plan		Esta etapa comienza cuando el costo compartido total de los medicamentos alcance \$4,660	Esta etapa comienza cuando sus gastos de bolsillo totales por medicamentos alcancen los \$7,400
Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	\$0	\$0 (suministro para 100 días)	Medicamentos genéricos: 25 %	Usted paga el coseguro de 5 % más elevado:
Nivel 2: medicamentos genéricos	\$9	\$9 (suministro para 100 días)	Marcas 25 %	- O BIEN -
Nivel 3: medicamentos de marca preferidos	\$47	\$141		Medicamentos genéricos \$4.15
Nivel 4: medicamentos de marca no preferidos	\$100	\$300		Medicamentos de marca \$10.35
Nivel 5: medicamentos especiales	33 %	No se ofrece		
Nivel 6: vacunas de la Parte D	\$0	\$0		

Lo que usted paga como miembro de este plan

Condado
de Maricopa

Prima mensual de \$0

BluePathway Plan 1 (HMO) (H6936-006)



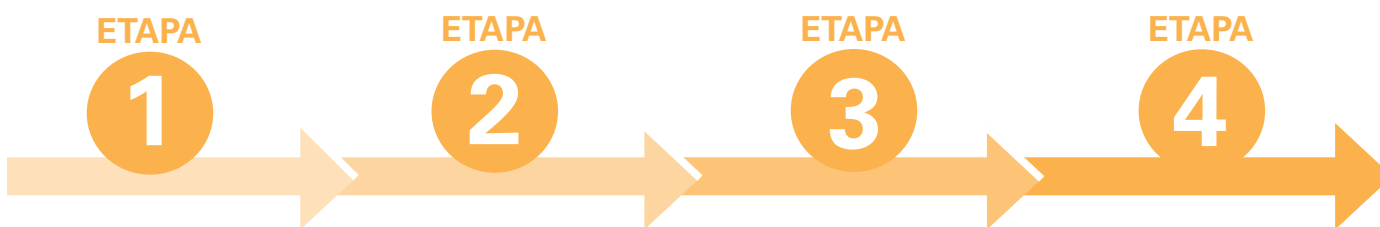
Etapa de deducible anual	Etapa de cobertura inicial		Etapa del período sin cobertura	Etapa de cobertura catastrófica
	Suministro para 30 días	Suministro para días adicionales (Venta minorista o pedido por correo)		
Como no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	Hasta \$4,660 gastados en medicamentos cubiertos, según el costo total compartido entre usted y el plan		Esta etapa comienza cuando el costo compartido total de los medicamentos alcance \$4,660	Esta etapa comienza cuando sus gastos de bolsillo totales por medicamentos alcancen los \$7,400
Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	\$0	\$0 (suministro para 100 días)	Medicamentos genéricos: 25 %	Usted paga el coseguro de 5 % más elevado:
Nivel 2: medicamentos genéricos	\$7	\$7 (suministro para 100 días)	Marcas 25 %	- O BIEN -
Nivel 3: medicamentos de marca preferidos	\$47	\$141		Medicamentos genéricos \$4.15
Nivel 4: medicamentos de marca no preferidos	\$100	\$300		Medicamentos de marca \$10.35
Nivel 5: medicamentos especiales	33 %	No se ofrece		
Nivel 6: vacunas de la Parte D	\$0	\$0		

Lo que usted paga como miembro de este plan

Condado
de Maricopa

Prima mensual de \$0

BluePathway Plan 2 (HMO) (H6936-003)



Etapa de deducible anual	Etapa de cobertura inicial		Etapa del período sin cobertura	Etapa de cobertura catastrófica
	Suministro para 30 días	Suministro para días adicionales (Venta minorista o pedido por correo)		
Como no tenemos deducible, esta etapa de pago no se aplica a usted.	Hasta \$4,660 gastados en medicamentos cubiertos, según el costo total compartido entre usted y el plan		Esta etapa comienza cuando el costo compartido total de los medicamentos alcance \$4,660	Esta etapa comienza cuando sus gastos de bolsillo totales por medicamentos alcancen los \$7,400
Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos	\$0	\$0 (suministro para 100 días)	Medicamentos genéricos: 25 %	Usted paga el coseguro de 5 % más elevado:
Nivel 2: medicamentos genéricos	\$7	\$7 (suministro para 100 días)	Marcas 25 %	- O BIEN -
Nivel 3: medicamentos de marca preferidos	\$47	\$141		Medicamentos genéricos \$4.15
Nivel 4: medicamentos de marca no preferidos	\$100	\$300		Medicamentos de marca \$10.35
Nivel 5: medicamentos especiales	33 %	No se ofrece		
Nivel 6: vacunas de la Parte D	\$0	\$0		

Blue Cross Blue Shield of Arizona (BCBSAZ) cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Proporcionamos ayuda y servicios sin costo a personas con discapacidades para que se comuniquen con nosotros eficazmente, como intérpretes calificados e información escrita en otros formatos, como letra grande y formatos electrónicos accesibles. También proporcionamos servicios lingüísticos sin costo para personas cuya lengua materna no es el inglés, como intérpretes calificados e información escrita en otros idiomas. Si necesita estos servicios, llame al **1-800-446-8331, TTY: 711.**

Español: ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-446-8331, TTY: 711.**

Navajo: Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáńílti' go Diné Bizaad, saad bee áká' áńída' áwo' dèè, t'áá jiiik'eh, éí ná hóló, kojí hódíílnih **1-800-446-8331, TTY: 711.**

BCBSAZ tiene contratos con Medicare para proporcionar planes HMO y PPO de Medicare Advantage así como planes de medicamentos con receta (PDP). La inscripción en los planes de BCBSAZ depende de la renovación del contrato.

BCBSAZ ofrece los planes BluePathway HMO y BlueJourney PPO Medicare Advantage. BCBSAZ Advantage, una subsidiaria independiente, pero de propiedad plena de BCBSAZ, ofrece los planes HMO Blue Medicare Advantage Standard, Classic y Plus.

Blue Cross®, Blue Shield® y los símbolos de la cruz y el escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross Blue Shield Association, una asociación de los planes independientes Blue Cross y Blue Shield.

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-446-8331. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-446-8331. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-446-8331。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-446-8331。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-446-8331. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-446-8331. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-446-8331 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-446-8331. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-446-8331 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-446-8331. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على بمساعدتك. هذه خدمة مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-800-446-8331. سيقوم شخص ما يتحدث العربية مجاناً.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-446-8331 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-446-8331. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-446-8331. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-446-8331. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-446-8331. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-800-446-8331. にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Navajo: T'áá hait'éeego da ats'íís baa'áhayá doodago azee' aanídaa'níí níhinaaltsoos bee hadadít'éhígíí bąq̄h na'ídikid nee hólq̄ogo da nihi éí ata' halne'í bee áka'anída'awo'í t'áá jíik'eh nihee hólq̄. Ata' halne'í ta' yínikeedg kohjji' 1-800-446-8331 nihich'j'í hodílnih. T'áá háida Bilagáana Bizaad yee yátti'ígíí ta' níká'iilyeed dooleet. Díí t'áá jíik'eh bee níká'iilyeed dooleet.

¿No es miembro aún?

Comuníquese con nuestros
asesores autorizados de Medicare:

1-888-274-0367, TTY: 711

O bien, comuníquese con su agente de seguro.

Los miembros actuales deben llamar al:

480-937-0409 (en Arizona)

o al número gratuito **1-800-446-8331, TTY: 711**

Del 1 de octubre al 31 de marzo:

los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

Del 1 de abril al 30 de septiembre:

de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

azblue.com/medicare



Un licenciatario independiente de Blue Cross Blue Shield Association